

ПЕТЛЕВАЯ УРЕТРОПЕКСИЯ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ЛЕНТОЙ ПО ПРИНЦИПУ TVT: ВЕДЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

А.Н. Нечипоренко

Гродненский государственный медицинский университет

В хирургическом лечении недержания мочи при напряжении (НМпН) у женщин в настоящее время предпочтение отдается петлевой уретропексии синтетической лентой по методике известной как операция TVT и ее модификациям. Но уже в первые дни после операции могут отмечаться нарушения акта мочеиспускания в виде обструктивного мочеиспускания, вплоть до острой задержки мочи (ОЗМ), в виде сохраняющегося НМпН; гиперактивности мочевого пузыря; атонии мочевого пузыря с ОЗМ [3, 4]. Причиной большинства этих расстройств мочеиспускания являются избыточное или недостаточное натяжение подуретральной ленты или ее неправильное положение под уретрой [1, 2]. Диагностика и коррекции нарушений акта мочеиспускания у женщин с НМпН после петлевой уретропексии синтетической лентой по принципу TVT в раннем послеоперационном периоде и посвящено наше сообщение.

Материал и методы. Проведен анализ течения раннего послеоперационного периода у 124 женщин с НМпН, перенесших петлевую уретропексию синтетической лентой по принципу операции TVT.

В отличие от классической методики операции TVT мы использовали собственную технику установки ленты [1, 2]. Концы подуретральной ленты выводились на кожу надлобковой области и оставались под повязкой без натяжения (рисунок).



Рисунок — Выведенные на кожу надлобковой области концы ленты фиксированы друг к другу нитью без натяжения

На следующий день после операции проводилась оценка адекватности натяжения ленты по качеству мочеиспускания. Мочевой пузырь заполняется стерильным раствором в объеме 250 мл и при возникновении позыва к мочеиспусканию проводится кашлевая проба. Кашлевая проба позволяет оценить адекватность натяжения ленты, а выведенные на кожу концы ленты позволяют провести коррекцию степени натяжения ленты.

Результаты и их обсуждение. Среди 124 оперированных женщин по описанной методике 89 (71,7%) на следующий день после операции введенный в мочевой пузырь фурациллин при кашле удерживали, самостоятельное опорожнение мочевого пузыря было адекватным. У 35 женщин (28%) на следующий день после операции при пробном опорожнении мочевого пузыря были выявлены различные виды его нарушений. У 15 (12%) пациенток на следующий день после операции при проведении кашлевой пробы отмечено выделение из уретры раствора, введенного в мочевой пузырь, что расценено как недостаточное натяжение подуретральной ленты. Оба конца ленты подтягивались вверх с последующим контролем кашлевой пробой. Тяга ленты прекращалась с прекращением выделения фурациллина из уретры на высоте кашля. Этим приемом полная континенция восстановлена у всех 15 пациенток. У 10 (8,0%) женщин на следующий день после операции самосто-

ательное опорожнение мочевого пузыря проходило при натуживании тонкой струей в течение 50–60 с. Объем остаточного раствора в мочевом пузыре составлял 120–140 мл. Всем этим 10 пациенткам 2 раза в день проводилось бужирование уретры бужами №№ 20–22 Ch, что позволило в течение 3–6 дней добиться адекватного опорожнения мочевого пузыря у 7 женщин, а 3 женщины были выписаны из клиники с объемом остаточной мочи 80–100 мл. В сроки до 2-х мес. после операции объем остаточной мочи у них уменьшился до 40–50 мл.

Наиболее тяжелой формой нарушения мочеиспускания, вызванной избыточной компрессией уретры синтетической лентой, в раннем послеоперационном периоде у женщин явилась ОЗМ (7 человек — 5,6%). Осложнение было диагностировано на следующий день после операции. У 4 женщин ослабление натяжения ленты и бужирование уретры в течение 5–10 дней позволило восстановить адекватное опорожнение мочевого пузыря. У 3-х женщин отсутствие эффекта ослабления натяжения подуретральной ленты и бужирования уретры с систематической катетеризацией мочевого пузыря в течение 2-х недель заставило прибегнуть к хирургической коррекции осложнения. Выполнено иссечение подуретрального сегмента ленты с одномоментной повторной имплантацией ее по принципу TVT. **Результат операций во всех случаях оказался хорошим.** Развитие атонии мочевого пузыря после операции, проявившейся отсутствием позыва к мочеиспусканию при объеме введенной в пузырь жидкости 600–650 мл, и полной задержкой мочеиспускания, наблюдали у 3-х женщин (2,4%). Систематической катетеризацией и введением прозерина атонию мочевого пузыря удалось разрешить в течение 10–14 сут после операции. Причиной этого осложнения считаем спинномозговую анестезию. Приведенная методика ведения послеоперационного периода у женщин, оперированных по поводу НМпН по принципу TVT позволяет своевременно выявить и провести коррекцию первичной неизлеченности НМпН, избыточной обструкции уретры лентой с или без ОЗМ и послеоперационной атонии мочевого пузыря.

Выводы:

1. У 28% женщин, оперированных по поводу НМпН II–III ст. **методом петлевой уретропексии по принципу TVT, на следующий день после операции возникают значимые расстройства мочеиспускания, требующие коррекции.**

2. Активная оценка качества опорожнения мочевого пузыря у женщин на следующий день после петлевой уретропексии по принципу TVT, **в 12% случаев позволяет выявить недостаточное натяжение подуретральной ленты с сохранением НМпН, в 13,7% случаев — избыточную компрессию уретры лентой с обструктивным мочеиспусканием или ОЗМ и в 2,4% случаев — послеоперационную атонию мочевого пузыря с полной задержкой мочеиспускания.**

3. Выведенные на кожу и оставляемые под повязкой в надлобковой области концы подуретральной ленты в случае сохраняющегося НМпН или ятрогенного обструктивного мочеиспускания позволяют в раннем послеоперационном периоде провести коррекцию степени давления ленты на уретру и восстановить адекватное мочеиспускание.

LOOP SYNTHETIC MASH URETHROPEXY ON TVT PRINCIPLE: MANAGEMENT IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

A.N. Nechiporenko

Present the methodology of conducting the postoperative period in women with stress incontinence after surgery on the basis of TVT. Peculiarities of urination in 124 women on the day after surgery on the basis of TVT. The operation was performed on our own technique with deducing all suburethral tape on the anterior abdominal wall and leaving them under the bandage.

In 28.2% of operated women on the next day after surgery were diagnosed various disorders of urination, most of which were liquidated raising tension correction of suburethral tape obtained using the skin on the free ends of the tape.

Литература

1. Нечипоренко, А.Н. Метод подуретральной имплантации синтетической сетчатой ленты у женщин с недержанием мочи при напряжении: инструкция по применению / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, Г.В. Юцевич. — Гродно, 2011. — 14 с.

2. Нечипоренко, А.Н. Осложнения петлевых антистрессовых операций у женщин с использованием синтетических материалов / А.Н. Нечипоренко // ARSmedica. — 2013. — № 5 (75). — С. 106–110.

3. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений / Н.Ф. Беженарь [и др.] // Акушерство. Гинекология. Репродукция. — 2012. — Т. 6, № 2. — С. 6–13.

4. Перинеология / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Мед. информ. агентство, 2006. — 331 с.